



Dora P.
Cuidadora, Tacoma

2025-2026

Guía de cobertura de atención médica

Llame al 1-877-606-6705 si tiene alguna pregunta sobre la cobertura o necesita ayuda para presentar una solicitud.

Get healthcare coverage information in your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតាមរបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka caafimaadka luqaddaada.

Obtenga información sobre la cobertura de atención médica en su idioma.

Отримайте інформацію про покриття медичної страховки своєю мовою.

Nhận thông tin về bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bằng ngôn ngữ của bạn.

myseiu.be/oe

3 Datos más destacados del plan médico

- 3 Opciones y costos de la cobertura
- 4 Beneficios nuevos y mejorados
- 4 Datos más destacados de los beneficios
- 6 Opciones de cobertura dental

7 Cuenta de beneficios de salud

Solicite o actualice fácilmente la cobertura o gestione los beneficios en línea.

8 Preguntas frecuentes sobre la cobertura

- 8 Elegibilidad
- 8 Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)
- 8 Cuándo y cómo solicitarla
- 9 Cuándo comienza la cobertura
- 9 Coprima mensual
- 9 Cómo finalizar la cobertura

10 Cómo conservar la cobertura

11 Soporte sobre los beneficios de salud

Deborah necesitaba una operación a corazón abierto que sin cobertura le habría costado cientos de miles de dólares. Menos preocupada por los costos, dice: "Pude centrarme en mí misma y en mi recuperación".

Deborah M.
Cuidadora, Vancouver



Beneficios de bienestar



Además del acceso a cobertura de atención médica de alta calidad, tiene a su disposición otros beneficios sin ningún costo, diseñados para ayudarlo a reducir el estrés, estar seguro en el trabajo y mejorar su calidad de vida.



Caregiver Kicks: Zapatos gratis para cuidadores

¡Obtenga gratis un par cada año! Los Caregiver Kicks son zapatos antideslizantes, diseñados para mantenerlo más seguro y cómodo en el trabajo y están disponibles en más de 90 estilos, desde Reebok (ribuk) hasta Skechers (squéchers). myseiu.be/kicks



Beneficios de autocuidado

Muchas veces los cuidadores dan prioridad a los demás, pero el autocuidado también es importante. Existen muchos beneficios gratis y a bajo costo para los cuidadores que pueden ayudar a abordar el estrés, la ansiedad y la depresión. myseiu.be/self-care

Más beneficios para el cuidador



Obtenga más información sobre los beneficios de jubilación, aprendizaje y ofertas de empleo para cuidadores y cómo acceder a ellos en seiu775benefitsgroup.com.

Guía paso por paso para solicitar cobertura

“El proceso de inscripción fue muy sencillo. Simplemente revisé el folleto y marqué las cosas que eran importantes para mí. Hacerlo en línea resultó fácil”.

Acacia V., Cuidadora

1 Conozca sobre su cobertura

- Explore en esta guía sus opciones de cobertura y los datos más destacados sobre los beneficios.
- Verifique los detalles de elegibilidad en la página 8 para comprobar si cumple con los requisitos.
- Revise el folleto con los detalles del plan para comprender los costos por cuenta propia de su plan por prescripciones, tratamientos y servicios.
- Seleccione una opción de cobertura y un plan dental.

2 Prepare su solicitud

- Reúna su información. Necesitará su número de seguridad social y el nombre del empleador para presentar la solicitud.
- **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):** Reúna sus documentos de verificación del dependiente. Consulte la lista de documentos aceptados y las instrucciones en myseiu.be/cfk.

3 Cree una cuenta de beneficios de salud

- Visite myseiu.be/hba para aprender cómo crear una cuenta. Una vez que tenga una cuenta, puede iniciar sesión en cualquier momento en myseiu.be/magnacare.

4 Presente su solicitud

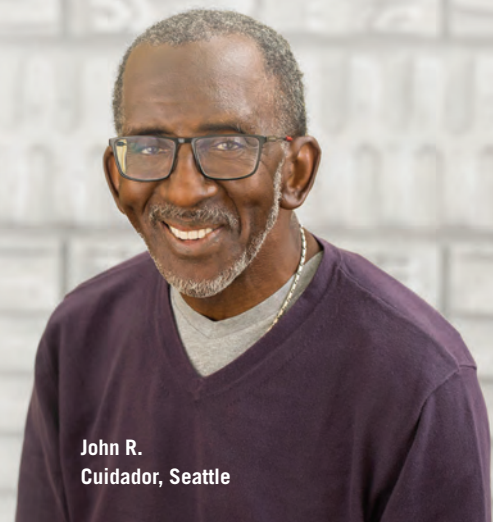
- Complete una solicitud antes de la fecha límite en myseiu.be/magnacare. En la página 8 podrá obtener más información sobre las fechas límite y la forma de presentar la solicitud por correo postal.
- **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):** Presente los documentos de verificación del dependiente cuando presente la solicitud. Aprenda cómo presentar sus documentos en myseiu.be/cfk.

5 Reciba notificaciones sobre su solicitud

- Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico o a través de su cuenta de beneficios de salud dentro de 1 día, y una decisión de cobertura mediante carta o correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.

Llame a la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al: 1-877-606-6705

Obtenga ayuda con las preguntas que tenga sobre la cobertura, la elegibilidad y la solicitud.



John R.
Cuidador, Seattle

Opciones del plan de cobertura de atención médica

Adquiera cobertura de atención médica de alta calidad desde solo \$25 al mes. Puede elegir cubrirse únicamente usted o incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) para sus hijos dependientes.

Después de tener a su segundo hijo, Dani inscribió a ambos niños en Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), y elogió las “excelentes tarifas” que ayudan a su familia a ahorrar mensualmente.

Dani R.
Cuidadora, Asotin



Opción 1



**Cobertura individual
médica y dental**

\$25 mensuales

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted por solo \$25 al mes.

Coprima mensual: la cantidad que paga cada mes por su cobertura médica, consulte la página 9 para obtener más detalles.

Elegibilidad

Trabajar 80 horas o más al mes.

Opción 2



**Cobertura individual
+ Coverage for Kids
(cobertura para sus
hijos) médica y dental**

\$125 mensuales

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más sus hijos, por solo \$125 al mes.

El costo es el mismo, sin importar cuántos niños inscriba

Puede inscribir a los hijos dependientes elegibles hasta que cumplan 26 años, ya sean biológicos, adoptados, hijastros o hijos de parejas de hecho.

Los miembros del POS de KPWA deben cambiar de plan para incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).

Elegibilidad

Trabajar 120 horas o más al mes.

Opción 3



**Cobertura individual
+ Coverage for Kids
(cobertura para sus
hijos) dental únicamente**

\$35 mensuales

Coprima mensual

Obtenga cobertura médica y dental para usted, más cobertura dental para sus hijos, por solo \$35 al mes.

2025

Beneficios nuevos y mejorados

Confiabilidad de la cobertura

Ahora, los cuidadores reciben 2 créditos de Confiabilidad de la cobertura por año. Cada crédito extiende la cobertura médica durante 1 mes si usted no cumple con las horas de trabajo requeridas y le proporciona cobertura continua a usted y a sus dependientes.

Beneficio de Progyny por adopción

Obtenga hasta \$15,000 para gastos relacionados con la adopción (beneficio vitalicio¹).

¹ La cantidad máxima cubierta para gastos relacionados con la adopción durante el tiempo que esté afiliado al plan.

Reducción de los costos de medicamentos con prescripción

Reducción de los costos de los inhaladores de marcas no preferidas, los EpiPens y los medicamentos y terapias contra el VIH posteriores a la exposición.

Beneficios de atención para afirmación de género

Ahora todos los planes cubren una variedad de procedimientos y terapias.

Los cuidadores merecen tener acceso a una atención médica confiable y de alta calidad que les permita centrarse en brindar una atención excepcional, sin el estrés que supone gestionar sus beneficios. Estas últimas mejoras reflejan nuestro compromiso continuo de ofrecer una cobertura que realmente apoye la experiencia del cuidador.

Merissa Clyde
CEO,
SEIU 775
Benefits Group



Aspectos destacados de los beneficios de la cobertura

El plan médico disponible para usted se basa en el código postal de su hogar. El plan que se le asignó ofrece diversas formas de apoyar su salud y bienestar. La cobertura incluye los siguientes beneficios:

- ✓ Atención médica
- ✓ Cuidado preventivo
- ✓ Dental y de ortodoncia
- ✓ De suministro de medicamentos con prescripción
- ✓ De salud mental
- ✓ De atención visual
- ✓ De atención auditiva
- ✓ Beneficios de salud reproductiva y para la formación de familia
- ✓ De atención para afirmación de género
- ✓ Masaje y quiropráctica
- ✓ Fisioterapia

Consultas de atención primaria gratis

La consulta con su proveedor de atención primaria (PCP) no tiene ningún costo*. Puede consultar a su PCP para chequeos de bienestar y cuando esté enfermo. Su cobertura también incluye opciones de atención virtual, de modo que puede recibir atención desde la comodidad de su hogar.

*Las consultas con su PCP no tienen copago; sin embargo, si su médico ordena pruebas o análisis de laboratorio, es posible que deba pagar un copago por esos servicios.

Atención médica de emergencia y de urgencias

Su plan cubre la atención de urgencias y las visitas a la sala de emergencias. La atención de urgencias es una opción de bajo costo para problemas que no sean de emergencia, como lesiones leves o síntomas de gripe, cuando su médico no está disponible. Las visitas a la sala de emergencias tienen un copago de \$200 y deben utilizarse para afecciones graves como dolor en el pecho, dificultad para respirar o lesiones graves.

Se puede aplicar un deducible o copago.

Beneficios relacionados con el suministro de medicamentos con prescripción

Tiene acceso a una amplia variedad de medicamentos con prescripción médica (Rx) a un costo mínimo o gratuito, dependiendo del nivel de medicamentos. Los medicamentos genéricos normalmente tienen el copago más bajo, mientras que los medicamentos de marca y especiales pueden tener un mayor costo. También están disponibles las opciones de pedido por correo, que le permiten recibir un suministro de 90 días de medicamentos entregados en su hogar.

Beneficios de salud mental

Su salud emocional y mental es tan importante como su salud física. Su cobertura incluye apoyo profesional, medicamentos, terapia grupal y cuidados alternativos, así como acceso a aplicaciones de autocuidado y otros programas y recursos.

Beneficios de atención visual

Su cobertura proporciona una atención integral relacionada con la salud visual. Esto incluye 1 examen ocular cada 12 meses gratis y \$600 cada 12 meses para dispositivos de visión (como lentes, monturas y lentes de contacto).

Beneficios de atención auditiva

A través de EPIC Hearing, usted y sus hijos pueden obtener un examen auditivo anual sin costo, con consulta incluida, realizado por un proveedor en la red. Además de hasta \$3,000 en dispositivos auditivos con garantía extendida por oído cada 36 meses.



"En una ocasión, estuve muy enferma y permanecí 45 días en el hospital. Gracias a que tengo cobertura médica, solo tuve que pagar un poco y el seguro pagó la mayor parte. Es por eso que es realmente importante tener cobertura".

Amy L.
Cuidadora, Seattle

Asesoría y programas de bienestar

Los beneficios y la asesoría de bienestar pueden ayudarlo a tratar afecciones crónicas como la diabetes o la presión arterial elevada, además de mejorar su salud física. Su plan incluye:

- Asesoría individual de bienestar, con orientación personalizada para alcanzar sus objetivos.
- Apoyo de un equipo de atención para ayudarlo a controlar su afección.
- Programas y aplicaciones para una gestión y un seguimiento sencillos.

Masaje y quiropráctica

Los dolores musculares y articulares pueden tratarse y prevenirse con fisioterapia, masajes, quiropráctica, acupuntura y programas virtuales de bienestar a bajo costo.

Consulte los detalles de su plan para conocer los límites de visitas o los requisitos de remisión y confirme con su proveedor si acepta su seguro al programar una cita.

Beneficios de salud reproductiva y para la formación de familia

Obtenga beneficios para cada etapa de la vida, desde la atención en fertilidad y la formación de la familia hasta el embarazo, el posparto y la menopausia. Obtenga cobertura para los tratamientos más recientes, apoyo personalizado por parte de los defensores de la atención al paciente (PCA) y atención en persona o de forma virtual. Ahora puede obtener hasta \$15,000 para gastos relacionados con la adopción (beneficio vitalicio).



Consulte el folleto con los detalles del plan para ver la lista completa de beneficios.

El folleto con los detalles del plan proporciona un desglose completo de sus planes médico y dental, incluidos los costos por cuenta propia y la cobertura de medicamentos con prescripción, consultas y tratamientos.

Plan dental

El plan dental está incluido en su cobertura de atención médica. Seleccione el plan que más le convenga.

Utilice el cuadro para comparar planes y revisar los posibles costos por cuenta propia de los servicios más comunes que aparecen en el folleto con los detalles del plan.

Si ya está inscrito en una cobertura y desea cambiar su plan dental, puede hacerlo durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica).



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
Beneficio máximo anual	\$5,000	Ninguno
Deducible	\$0	\$0
Exámenes de rutina	Cubiertos completamente	Cubiertos completamente
Beneficios de ortodoncia	Sí	Sí
Red de proveedores	Delta Dental tiene una amplia red de proveedores, incluyendo áreas rurales. Querrá encontrar un dentista de Delta Dental PPO para maximizar su beneficio.	Willamette Dental tiene muchas ubicaciones convenientes en el oeste de Washington, por lo que es fácil encontrar un dentista de Willamette si usted vive en la ruta I-5.
Encuentre un dentista cerca de usted	Visite deltadentalwa.com/fad/search y seleccione “Delta Dental PPO” para filtrar sus resultados de búsqueda.	Visite locations.willamettedental.com e ingrese su código postal en la barra de búsqueda.
Si tiene preguntas o necesita más información	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette



Solicitar cobertura en línea



Aprenda cómo crear una cuenta en myseiu.be/hba

Las cuentas están disponibles actualmente en inglés. Si necesita ayuda para crear una cuenta o apoyo con respecto al idioma, llame al **1-877-606-6705**.

MagnaCare, el administrador de sus beneficios de salud, gestiona su cuenta en línea.

Además de poder solicitar cobertura de atención médica o de realizar cambios, puede pagar coprimas, consultar el historial de pagos, acceder a los documentos del plan e inscribirse para recibir comunicaciones por correo electrónico.



Verifique su elegibilidad

Consulte sus horas de trabajo y su elegibilidad para la cobertura y otros beneficios de bienestar como Caregiver Kicks.



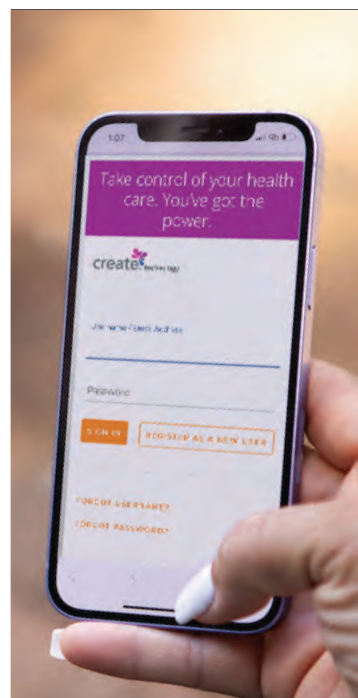
Solicite o actualice la cobertura

Acceda a su cuenta para solicitar cobertura en línea fácilmente o realizar cambios en la cobertura actual.



Reciba apoyo por chat en vivo

La línea de servicio al cliente de beneficios de salud le ayudará a resolver sus preguntas sobre la solicitud, la elegibilidad y más.



Preguntas frecuentes sobre la cobertura de atención médica

¿Cómo puedo ser elegible para adquirir la cobertura individual?

Para ser elegible y adquirir la cobertura individual, debe trabajar **80 horas remuneradas o más al mes** durante 2 meses consecutivos.

¿Cómo puedo solicitar cobertura?

Solicite o realice cambios en línea en myseiu.be/magnacare.

Si recibe una solicitud de beneficios de salud, puede enviarla por correo postal o por fax a la dirección o al número de fax que figuran en la solicitud. Es necesario pagar los costos de envío de EE. UU.

Recibirá un comprobante de la solicitud por correo electrónico o a través de su cuenta de beneficios de salud dentro de 1 día, y una decisión de cobertura mediante carta o correo electrónico dentro de 30 días. Si no lo recibe, llame al 1-877-606-6705.

¿Cuándo puedo solicitar cobertura?

Hay 3 ocasiones en las que puede solicitar la cobertura:

1. Elegibilidad inicial: Dentro de los 60 días a partir de la fecha indicada en su material de inscripción por nueva elegibilidad. La elegibilidad inicial es el momento en que se vuelve elegible por primera vez.

2. Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): Del 1.º al 20 de julio de cada año. Si ya está inscrito, su cobertura se renueva automáticamente, por lo que no necesita hacer nada, salvo que desee realizar cambios.

3. Evento de admisibilidad en su vida (QLE): Dentro de los 30 días a partir de un QLE que cambie sus necesidades de seguro médico. Algunos ejemplos de QLE incluyen la adopción de un bebé, la pérdida de cobertura de atención médica o divorciarse. Para obtener más información, visite myseiu.be/qle.

¿Aún no es elegible?

Aún puede presentar su solicitud durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica), del 1.º al 20 de julio.

Complete una Health Benefits Application (Solicitud de beneficios de salud)* y su cobertura individual comenzará cuando trabaje 80 horas o más al mes. Si desea incluir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), la cobertura de dependientes comienza cuando usted trabaja más de 120 horas al mes.

*Si actualmente no trabaja más de 80 horas al mes, no puede completar la solicitud en línea. Envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com para solicitar una copia del formulario de solicitud.

¿Cómo puedo ser elegible para Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Para ser elegible y adquirir la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos), debe trabajar **120 horas remuneradas o más al mes**.

¿A quién puedo agregar a Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

Puede agregar a los hijos elegibles hasta que cumplan 26 años. Los hijos dependientes elegibles son: hijos biológicos o adoptados, hijastros e hijos de su pareja de hecho.

Los niños se inscriben en el mismo plan que usted y solo los puede inscribir un cuidador. La cobertura puede coordinarse con planes externos. Para obtener más información, llame al 1-877-606-6705.

¿Cómo puedo incluir Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

1. Complete la sección Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) de la solicitud.

2. Elija una opción de la cobertura, médica y dental o únicamente dental.

3. Presente su (sus) documento(s) de verificación del dependiente con su solicitud o dentro de los 60 días a partir de la solicitud**. Algunos ejemplos de documentos aceptados son copias de certificados de nacimiento emitidos por el gobierno y declaraciones de impuestos en las que figuran los dependientes que desea incluir en su cobertura.

****La verificación del dependiente es necesaria al inscribir a los niños por primera vez. No es necesario volver a presentar los documentos verificados anteriormente, salvo que se soliciten.**



Visite myseiu.be/cfk para obtener información detallada sobre:

- Cómo solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos).
- A quién puede incluir a la cobertura.
- Una lista de los documentos de verificación aceptados.
- Cómo presentar sus documentos.



¿Cuándo comenzará la cobertura?

Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica): Presente las solicitudes o realice cambios antes del 20 de julio para recibir cobertura a partir del 1.º de agosto.

Elegibilidad inicial y eventos de admisibilidad en su vida: La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la recepción y procesamiento de su solicitud, lo que tarda unas 2 semanas. Por ejemplo, si recibimos su solicitud completa:

- antes del 15 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de abril.
- entre el 16 y el 31 de marzo, la cobertura comenzará el 1.º de mayo.

La **Coverage for Kids** (cobertura para sus hijos) no puede comenzar hasta que se haya recibido y procesado la verificación del dependiente.

¿Qué pasa si quiero finalizar mi cobertura?

Si desea finalizar su cobertura o la de sus hijos, envíe un Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura). La suspensión recibida:

- antes del día 15, finaliza la cobertura el primer día del mes siguiente.
- después del día 15, finaliza la cobertura el primer día del segundo mes.

Importante: Puede volver a inscribirse solo durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica) o después de un evento de admisibilidad en su vida. Las suspensiones recibidas antes del 1.º de julio del año actual se restablecen durante el Open Enrollment (período anual de inscripción a la cobertura médica). Si tuvo cobertura en los últimos 12 meses, se le volverá a inscribir automáticamente salvo que presente un nuevo Waive Coverage Form (Formulario de suspensión de la cobertura).

¿Cómo puedo pagar la coprima mensual?

Su empleador deducirá automáticamente la coprima mensual (el monto que usted paga cada mes) de sus salarios. Si su empleador no puede realizar la deducción, usted recibirá una carta de pago por cuenta propia por correo postal y por correo electrónico en la que se le indicará cómo pagar su coprima. Puede pagar con cheque o a través de su cuenta de beneficios de salud en línea.

Si usted es un proveedor individual (IP) de CDWA, su primer pago mensual será un pago por cuenta propia.

¿Qué pasa si pierdo la cobertura?

Recibirá información sobre la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), administrada por Ameriflex (1-877-606-6705). La ley COBRA les permite a los cuidadores y a sus hijos mantener la cobertura a cambio de un pago mensual.

Si deja de brindar cuidados y necesita una cobertura a largo plazo, verifique su elegibilidad a través de Washington Apple Health de manera gratuita o explore otras opciones en wahealthplanfinder.org.

¿Cómo las horas que trabajo pueden afectar mi cobertura?

Una vez se inscriba en la cobertura, las horas que trabaje en un mes determinarán su estado de cobertura 2 meses después. Ejemplo: Las horas de enero determinan la cobertura en marzo.

Las horas remuneradas que trabaje en el mes de:	Mes de trabajo	Mes de cobertura	Determinan la cobertura en el mes de:
	ENERO	→ MARZO	
	FEBRERO	→ ABRIL	
	MARZO	→ MAYO	
	ABRIL	→ JUNIO	
	MAYO	→ JULIO	
	JUNIO	→ AGOSTO	
	JULIO	→ SEPTIEMBRE	
	AGOSTO	→ OCTUBRE	
	SEPTIEMBRE	→ NOVIEMBRE	
	OCTUBRE	→ DICIEMBRE	
	NOVIEMBRE	→ ENERO	
	DICIEMBRE	→ FEBRERO	

Obtenga más horas para conservar su cobertura

Si usted es un Proveedor Individual (IP) y necesita más horas para obtener o conservar la cobertura, pruebe usando Carina, un sitio web gratuito de ofertas de empleo que lo ayuda a encontrar más clientes.

Obtenga más información en myseiu.be/carina.





Conservar su cobertura de atención médica

Una vez que tenga cobertura, debe hacer lo siguiente para seguir contando con cobertura de atención médica.

! Trabajar las horas requeridas

Cobertura individual: Debe trabajar 80 horas remuneradas o más al mes para conservar su cobertura. **Coverage for Kids (cobertura para sus hijos):** Debe trabajar 120 horas remuneradas o más al mes para conservar su cobertura de dependientes.

Si no alcanza las 120 horas pero sigue superando las 80 horas, perderá la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) pero conservará su propia cobertura.

! Informar sus horas a tiempo

Perderá su cobertura si no informa las horas de trabajo a tiempo.

Debe registrar las horas atrasadas o realizar ajustes con su empleador en un plazo de 60 días a partir del mes trabajado.

! Realizar el pago mensual completo correspondiente a la coprima

Consulte la página anterior para obtener más información.

Obtenga más información sobre cómo conservar su cobertura en myseiu.be/maintain

Vea ejemplos de lo que pasa cuando no puede trabajar las horas requeridas con y sin créditos de Confiabilidad de la cobertura.

Confiabilidad de la cobertura

Los horarios imprevisibles pueden hacer que sea complicado cumplir las horas de trabajo requeridas. El beneficio de Confiabilidad de la cobertura le ayuda a garantizar que siga contando con cobertura de atención médica, incluso cuando no pueda trabajar según lo previsto.

Cómo funciona la Confiabilidad de la cobertura:

- **Obtendrá 2 créditos por año de cobertura** (agosto-julio).
- Cada crédito **extiende la cobertura durante 1 mes** si no cumple con las horas de trabajo requeridas. Un crédito cubre tanto su cobertura como la de sus dependientes.
- **Los créditos se aplican automáticamente**, no necesita hacer nada.
- Puede **consultar el saldo de su crédito** en cualquier momento si inicia sesión en su cuenta de beneficios de salud.

Preguntas frecuentes:

¿Cuándo se restablecen mis créditos?

Los 2 créditos se restablecen el 1.º de agosto de cada año y están disponibles desde el momento en que se inscribe.

¿Los créditos no utilizados se transfieren al año siguiente?

No. El 1.º de agosto de cada año recibe 2 nuevos créditos. Los créditos no utilizados no se renuevan.

¿Puedo usar mis créditos durante meses consecutivos?

No, no puede utilizar créditos durante 2 meses seguidos.

¿Qué pasa si trabajo suficientes horas para la cobertura individual, pero no las suficientes para la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)?

En este caso, se aplicará 1 crédito para extender la cobertura de sus hijos durante ese mes.

¿Sigo pagando la coprima mensual si utilizo un crédito?

Sí, usted sigue siendo responsable de su coprima ese mes. Consulte la página 9 para obtener más información sobre las coprimas.



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**

BENEFICIOS DE SALUD



Línea de servicio al cliente

Obtenga ayuda con las preguntas que tenga sobre la cobertura, la elegibilidad, la manera de realizar la solicitud, y mucho más.

La línea de servicio al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

1-877-606-6705

Tiene a su disposición apoyo con respecto al idioma.

Reciba apoyo por chat en vivo

Inicie sesión en myseiu.be/magnacare para recibir apoyo por chat.

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

¿No puede comunicarse con la línea de servicio al cliente en horario laboral? Envíe un correo electrónico y reciba una respuesta en los próximos 2 días hábiles.



Recursos adicionales

Términos de uso común en el campo de seguros

Comprenda mejor su cobertura aprendiendo las definiciones de los términos más comunes relacionados con el seguro médico.

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids (cobertura para sus hijos)

Aprenda cómo solicitar la Coverage for Kids (cobertura para sus hijos) y cuáles son los documentos necesarios para completar su solicitud.

myseiu.be/cfk

Utilice su cobertura

Obtenga consejos sobre cómo aprovechar al máximo sus beneficios para apoyar su bienestar una vez que esté cubierto.

myseiu.be/covered



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Folleto con los detalles del plan

Este folleto incluye documentos importantes para ayudarlo a comprender su cobertura de atención médica:

Resumen de Modificaciones al Material (SMM):

Enumere todas las actualizaciones o cambios realizados en su plan a partir del 1.º de agosto del 2025.

Panorama del plan médico y dental:

Una descripción general rápida y fácil de leer de sus beneficios para su plan médico y opciones dentales, creada por SEIU 775 Benefits Group.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

Una explicación detallada de su plan, incluyendo:

- Cómo se cubren las necesidades médicas comunes y los medicamentos con prescripción (como consultas con el médico, análisis de laboratorio, cuidados de la diabetes, etc.).
- Lo que usted paga y lo que paga el plan (deducibles, copagos, coaseguro).
- Lo que está incluido y lo que no (limitaciones o exclusiones de la cobertura).

Recursos del plan:

Números de contacto y sitios web que puede utilizar una vez que se inscriba.

Usted es elegible para el plan médico POS de Kaiser Permanente de Washington. Este plan tendrá vigencia desde el 1.º de agosto del 2025 hasta el 31 de julio del 2026.

Para obtener más información sobre el SBC, SMM u otras preguntas relacionadas con la cobertura, comuníquese con la línea de servicio al cliente de beneficios de salud al:

1-877-606-6705

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
hora del Pacífico

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
Cuidadora, Seattle



Resumen de Modificaciones al Material

de la cobertura del seguro médico proporcionada a través de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust para los proveedores individuales (IP) y los proveedores de una agencia (AP) de Consumer Direct Care Network Washington (CDWA)

Este Resumen de Modificaciones al Material (“SMM”) modifica parte de la información contenida en la Descripción del Resumen del Plan (“SPD”) para la cobertura de seguro médico del Plan Core (el “Plan”) que describe el Plan a partir del 1.º de agosto del 2025.

A partir del 1.º de agosto del 2025, cambiarán los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para la cobertura de atención médica. Los AP y los PI deben tener en cuenta las siguientes mejoras en los beneficios:

La **Confiabilidad de la cobertura** ofrece a los cuidadores 2 créditos por año. Cada crédito extiende la cobertura médica durante 1 mes si usted no cumple con las horas de trabajo requeridas y le proporciona cobertura continua a usted y a sus dependientes.

Un beneficio vitalicio por adopción de \$15,000 ofrecido por Progyny.

Reducción en los costos compartidos de los medicamentos con prescripción para:

- Inhaladores y EpiPen.
- 1 régimen de medicamentos y terapias posteriores a la exposición al VIH se reducirá a \$0.

Si está inscrito en la cobertura de Aetna, ahora puede acceder a una atención para afirmación de género ampliada:

- Se eliminan los requisitos de documentación de necesidad médica de segundo nivel.
- Ahora están disponibles la terapia de modificación de la voz y los procedimientos de remodelación corporal.

Para obtener más información sobre estos cambios, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. hora del Pacífico, o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Panorama del plan médico y dental

Una descripción general rápida y fácil de leer de su plan médico
y opciones dentales, creada por SEIU 775 Benefits Group.



Este es un breve resumen de beneficios proporcionado por SEIU 775 Benefits Group. ESTE DOCUMENTO NO ES UN CONTRATO NI CERTIFICADO DE COBERTURA. Todas las descripciones de beneficios, entre ellas el cuidado alternativo, son servicios médicamente necesarios. Se le cobrará al miembro el monto más bajo de los costos compartidos relativos al servicio cubierto o el cargo real por dicho servicio. Si desea conocer las disposiciones completas de la cobertura, entre ellas las limitaciones, consulte su certificado de cobertura.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible del plan	Sin deducible anual	Deducible individual: \$500 por año calendario
Deducible que se acredita al deducible individual del próximo año	No es aplicable	Se aplica al saldo del cuarto trimestre
Coaseguro del plan	Sin coaseguro del plan	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 % del monto permitido.
Límite de gastos por cuenta propia	Límite de gastos por cuenta propia (individual): \$1,200 Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia: todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos	El límite de gastos por cuenta propia es el mismo que en la red Los gastos por cuenta propia para los siguientes servicios cubiertos se incluyen en el límite de gastos por cuenta propia: todos los costos compartidos por concepto de los servicios cubiertos
Período de espera para afecciones preexistentes (PEC)	Sin PEC	Igual que en la red
Máximo vitalicio	Sin límite	Igual que el máximo en la red
Servicios ambulatorios (visita al consultorio)	Sin copago por consultas de atención primaria/ copago de \$15 por consulta con especialistas	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Atención de urgencias	Centro de atención de urgencias de la red: sin copago por consultas de atención primaria/copago de \$15 por consulta con especialistas	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios hospitalarios	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Cirugía ambulatoria: copago de \$50	Servicios hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización. Se aplica deducible y coaseguro Cirugía ambulatoria: se aplica copago de \$50, deducible y coaseguro
Medicamentos con prescripción* (puede que algunos medicamentos inyectables estén cubiertos por los servicios ambulatorios)	Basado en el valor**/genérico preferido (Nivel 1)/ marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$4/\$8/\$25/\$50 por suministro de 30 días Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) \$0/\$0/\$25 Inhaladores y EpiPen: genérico preferido (Nivel 1)/ marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$8/\$25/\$35	Genérico preferido/marca preferida/no preferido Copago de \$13/\$30/\$55 por suministro de 30 días Insulina: genérica preferida (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferida (Nivel 3) \$0/\$0/\$25 Inhaladores y EpiPen: genérico preferido (Nivel 1)/marca preferida (Nivel 2)/no preferido (Nivel 3) Copago de \$8/\$25/\$35
Prescripción pedida por correo	Descuento de \$5 por suministro de 30 días	No cubiertos
Acupuntura	Se cubren hasta 20 visitas por diagnóstico médico, por año calendario y sin autorización previa. Se debe hacer un copago de \$0 por cada visita adicional (aprobada por el plan)	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de desplazamiento	El plan paga el 80 % y usted paga el 20 %	Igual que en la red
Dependencia de sustancias químicas	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

*Si trabaja para una organización religiosa, su plan médico no incluye la cobertura de medicamentos anticonceptivos de conformidad con la excepción por índole religiosa de la Ley de Atención Médica Asequible. Sin embargo, recibirá dichos medicamentos por parte de Kaiser Permanente sin costo (y sin tener que realizar ningún trámite adicional), si está inscrito en un plan médico. **Medicamentos basados en el valor son medicamentos genéricos que se utilizan para tratar diversas afecciones médicas.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Aparatos, equipos y suministros <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, equipos y suministros • Equipo médico duradero • Aparatos ortopédicos • Máximo dos (2) sujetadores para mastectomía cada seis (6) meses • Suministros para ostomía • Aparatos protésicos 	Se cubre el 100 %. Se requiere autorización previa, de lo contrario, no se cubre el servicio.	Se cubre el 50 % y se aplica el deducible
Suministros para diabéticos	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte “Medicamentos con prescripción”. Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte “Aparatos, equipos y suministros”. En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.	Insulina, agujas, jeringas y lancetas. Consulte “Medicamentos con prescripción”. Bombas externas de insulina, medidores de glucosa en sangre, reactivos de prueba y suministros. Consulte “Aparatos, equipos y suministros”. En caso de que se cubran los aparatos, equipos y suministros o medicamentos con prescripción y se tengan límites de beneficios, los suministros para diabéticos no estarán sujetos a dichos límites.
Servicios de rayos X y laboratorio de diagnóstico	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: cubiertos completamente Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios.	Hospitalarios: se cubren como parte de los servicios hospitalarios Ambulatorios: se aplica deducible y coaseguro Los servicios de imágenes radiológicas de alta calidad; por ejemplo, TC, RM y TEP deben ser considerados como necesidad médica y requieren autorización previa, salvo en casos relacionados con atención médica de emergencia o servicios hospitalarios.
Servicios de emergencia (se exonera del copago si es hospitalizado)	Copago de \$200	Copago de \$200
Exámenes auditivos (rutinarios)	Copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Dispositivos auditivos	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic	Cubiertos por un beneficio separado: EPIC Hearing. Sin copago, cada 3 años recibe hasta \$3,000 por cada oído para cubrir los costos de un audífono. Obtenga más información en myseiu.be/epic
Servicios de atención médica domiciliaria	Cubiertos completamente. Sin límite de visitas.	Sin límite de visitas Se aplica deducible y coaseguro
Servicios paliativos	Cubiertos completamente	Se aplica deducible y coaseguro
Servicios de infertilidad	Cubiertos por un beneficio separado: Progyny (atención en fertilidad y formación de la familia). Incluye 2+1 Smart Cycles para ayudarles a los miembros durante su proceso relacionado con la fertilidad y la formación de la familia. Obtenga más información en myseiu.be/progyny	No cubiertos
Terapia manipulativa	Se cubren hasta 20 visitas por año calendario sin autorización previa Copago de \$0	Los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios de masaje	Consulte “Servicios de rehabilitación”	Consulte “Servicios de rehabilitación”
Servicios de maternidad	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. La atención de rutina no está sujeta al copago por servicios ambulatorios.
De salud mental	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorio: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Naturopatía	Copago de \$0. Sin límite de visitas por año calendario, sin autorización previa. Cubiertos completamente.	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Servicios neonatales	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”: consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre.	Estancia hospitalaria inicial: consulte “Servicios hospitalarios”; “Visitas al consultorio”: consulte “Servicios ambulatorios”; “Controles rutinarios de salud”: consulte “Cuidado preventivo”. Los costos compartidos correspondientes por concepto de servicios neonatales son independientes de los de la madre.
Servicios relacionados con la obesidad	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos	Se cubren los costos compartidos si se cumplen los criterios médicos
Trasplantes de órganos	Sin límites ni período de espera Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0	Igual que en la red Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Cuidado preventivo Exámenes de control, inmunizaciones, examen de Papanicolaou, mamografías	Cubiertos completamente Servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) cubiertos completamente.	Se aplica deducible y coaseguro Los servicios de cuidado preventivo para mujeres (entre ellos, medicamentos y aparatos anticonceptivos, y esterilización) están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios. Mamografías de rutina: se aplica deducible y coaseguro
Servicios de rehabilitación Las visitas de rehabilitación son el total de visitas de terapia combinada por año calendario	Hospitalarios: 60 días por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: 60 visitas por año calendario. No hay límite de cobertura para los servicios con diagnósticos de salud mental. Sin copago por consultas de atención primaria/ copago de \$15 por consulta con especialistas	Hospitalarios: los límites de días son los mismos que en la red Copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: los límites de visitas son los mismos que en la red Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Centro de enfermería especializada	Se cubren completamente hasta 60 días por año calendario	Los límites de días son los mismos que los del beneficio en la red. Se aplica deducible y coaseguro
Esterilización (vasectomía, ligadura de trompas)	Cubiertos completamente.	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro. Se cubren los procedimientos de esterilización para mujeres, y están sujetos a los costos compartidos correspondientes por concepto de cuidado preventivo y los máximos de beneficios.
Servicios para la articulación temporomandibular (ATM)	Hospitalarios: copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización Ambulatorios: copago de \$0	Hospitalarios: se aplica copago de \$100 por día, hasta 5 días por hospitalización, deducible y coaseguro Se aplica deducible y coaseguro Ambulatorios: se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Asesoramiento para la cesación del consumo de tabaco	Programa Quit for Life (cubierto completamente)	Se aplican los costos compartidos correspondientes
Cuidado de rutina de la vista (1 visita cada 12 meses)	Copago de \$0	Se aplica copago de \$15, deducible y coaseguro
Lentes ópticos Lentes, entre ellos, lentes de contacto y monturas	Miembros menores de 19 años: 1 montura con sus respectivos lentes por año o lentes de contacto cubiertos con el 50 % de coaseguro Miembros mayores de 19 años: \$600 por 12 meses	Igual que en la red



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**



Panorama del plan dental de la PPO

Fecha de entrada en vigencia:

01/08/2025

Este es un breve resumen de los beneficios disponibles cuyo objetivo es netamente comparativo, y no se debe interpretar como un contrato. Una vez esté inscrito en un plan, tendrá acceso a su folleto de beneficios, el cual proporciona más información sobre el plan de Delta Dental PPO. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicio al cliente de Delta Dental al **1-800-554-1907** o visite **DeltaDentalWA.com**.

Período de beneficios:

1/1/2025 al 31/12/2025

Máximo por período de beneficios*
(por persona; no es aplicable a la Clase I): \$5,000

Ortodoncia (adultos y niños): 50 %
con un máximo vitalicio de \$5,000
por persona

*El cuidado dental recibido a través de un dentista de PDA estará cubierto completamente hasta el máximo de \$2,000, con exención del coaseguro para los servicios de Clase III - Principales.

Red Delta Dental

Sus beneficios se incrementan con la red Delta Dental PPO. También tendrá acceso a la red Delta Dental Premier®, que lo ayuda a ampliar sus opciones.

Obtenga un cepillo de dientes Sonicare gratis



Los miembros de Delta Dental que visitan como paciente nuevo a un proveedor de Pacific Dental Alliance (PDA) podrán recibir un cepillo de dientes Sonicare gratis.

Consulte la lista completa de proveedores de PDA:
myseiu.be/oe-pda.

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Fuera de la red
Deducible del período de beneficios			
No es aplicable a la Clase I y a la ortodoncia Fuera de la red (\$50 por persona)	\$0	\$50	\$50
Clase I - Diagnósticos y preventivos			
Exámenes Limpieza Fluoruro Rayos X Selladores	100 %	80 %	80 %
Clase II - Restaurativos			
Restauraciones Empastes de composite posteriores Endodoncia (conducto radicular) Periodoncia Cirugía oral	100 %	60 %	60 %
Clase III - Principales			
Dentaduras postizas Dentaduras postizas parciales Implantes Puentes Coronas	80 %	40 %	40 %

Características			
Menores costos por cuenta propia	○		
Formularios para presentar reclamaciones	○	○	
Gestión de calidad y aseguramiento de costos	○	○	

Emergencia dental: los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.

Avalado por Willamette Dental of Washington, Inc., este plan proporciona una amplia cobertura. La siguiente lista ofrece información sobre algunos de los procedimientos más comunes que están cubiertos en su plan. Llame al **1-855-433-6825** o visite **myseiu.be/oe-willamette** para obtener más información. Para consultar una lista de limitaciones y exclusiones, visite **myseiu.be/willamette-exclusions**.

Beneficios	Copagos
Máximo anual	Sin máximo anual*
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio de ortodoncia y consulta general	Sin copago por visita
Servicios diagnósticos y preventivos	
Exámenes de rutina y emergencia, rayos X, limpieza dental, tratamiento con fluoruro, selladores (por diente), detección de cáncer de cabeza y cuello, recomendaciones sobre higiene oral, periodontograma y evaluación periodontal	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Odontología restauradora	
Empastes (de amalgama)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Corona de metal porcelana	Usted hace un copago de \$250
Prostodoncia	
Dentadura postiza inferior o superior completa	Usted hace un copago de \$400
Puente (por diente)	Usted hace un copago de \$250
Endodoncia y periodoncia	
Terapia de conducto radicular – Anterior	Usted hace un copago de \$85
Terapia de conducto radicular – Bicúspide	Usted hace un copago de \$105
Terapia de conducto radicular – Molar	Usted hace un copago de \$130
Cirugía ósea (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$150
Alisado radicular (por cuadrante)	Usted hace un copago de \$75
Cirugía oral	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted hace un copago de \$100
Tratamiento de ortodoncia	
Tratamiento de preortodoncia	Usted hace un copago de \$150**
Tratamiento de ortodoncia integral	Usted hace un copago de \$1,500
Implantes dentales	
Cirugía de implantes dentales	Máximo de beneficios relativos a implantes: \$1,500 por año calendario
Otros	
Anestesia local	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Tarifas del laboratorio dental	Cubiertas con el copago de visita al consultorio
Óxido nitroso	Usted hace un copago de \$40
Visita a consultorios de especialistas	Usted hace un copago de \$30 por visita
Reembolso por atención de emergencia fuera del área de cobertura	Usted paga montos que excedan los \$250

* La ATM tiene un máximo anual de \$1,000/máximo vitalicio de \$5,000. ** Si el paciente acepta el plan de tratamiento, el copago se descuenta del copago de tratamiento de ortodoncia integral. **Emergencia dental:** los proveedores participantes proporcionarán tratamiento para emergencias dentales durante el horario de oficina. La empresa proporcionará beneficios por los servicios cubiertos prestados por los proveedores participantes para el tratamiento de una emergencia dental. El inscrito podrá recibir tratamiento en caso de una emergencia dental por parte de un proveedor no participante si se encuentra a más de 50 millas de cualquier consultorio de un proveedor participante.

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo compartirían usted y el plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Se trata solo de un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, comuníquese con su asesor de embarazo y posparto de Progyny o su defensor de la atención al paciente (PCA) de Progyny al (833) 233-0517.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el monto total del deducible?	Individual \$0/familiar \$0	No hay deducible con su plan Progyny.
¿Debo pagar algún copago?	No	No hay copago con su plan de embarazo y posparto de Progyny.
¿Debo pagar un coaseguro?	No	No hay coaseguro con su plan de embarazo y posparto de Progyny.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	No	No tendrá que pagar por cuenta propia los servicios de embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios cubiertos por el plan son servicios de cuidado preventivo y no están sujetos a costos compartidos.
¿Existen otros deducibles para obtener servicios específicos?	No	No se requiere deducible para el plan de embarazo y posparto de Progyny HRA. Todos los servicios cubiertos por el plan son servicios de cuidado preventivo y no están sujetos a costos compartidos.
¿Cuál es el límite de gastos por cuenta propia para este plan?	Individual \$0/familiar \$0	No hay límite de gastos por cuenta propia con su plan Progyny.
¿Pagará menos si recurre a un proveedor de la red?	No es aplicable.	Todos los asesores de embarazo y posparto de Progyny y los proveedores de atención están incluidos en este plan. No hay beneficios disponibles para los asesores que no hagan parte de Progyny.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Las exclusiones incluyen los kits caseros de predicción de la ovulación, los servicios y suministros proporcionados por un proveedor fuera de la red y los tratamientos considerados experimentales por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Todos los cobros asociados a los servicios para una portadora gestacional, incluidas, entre otras, las tarifas de las pruebas de laboratorio, no están cubiertos. Si su médico solicita servicios que no están incluidos en esta guía, consulte a su PCA para confirmar la cobertura. Hay algunos servicios que no están cubiertos por Progyny; sin embargo, es posible que se presten a través de su plan médico.

Sus derechos para continuar con la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de esas agencias es: Healthcare.gov: visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596; el Mercado de Seguros Médicos estatal o SHOP. También puede disponer de otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Sus derechos de reclamo y apelación:

Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la negación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo en relación con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, visite www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? No es aplicable.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario por prima.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? No es aplicable.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito tributario por prima que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguros.



COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA 2025-2026

Resumen de beneficios y cobertura

Una explicación detallada de su plan y ejemplos para ayudarlo a comprender los costos que podría pagar por diversos servicios.





El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) será proporcionado por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711). Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: \$0 Proveedor fuera de la red: \$500 individual/\$1,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual, hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios se indican en la tabla a partir de la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aun cuando usted no haya alcanzado el monto <u>deducible</u> . Sin embargo un <u>copago</u> o un <u>coaseguro</u> podría aplicar. Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	Proveedor dentro de la red: \$1,200 individual/\$2,400 familiar Compartido dentro y fuera de la red	El <u>límite de desembolso</u> es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , ellos deben alcanzar sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que el <u>límite total de desembolso</u> familiar se haya alcanzado.
¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el <u>límite de desembolso</u> ?	Primas, cargos por <u>facturación de saldo</u> , servicios de atención a la salud que este <u>plan</u> no cubre y servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	A pesar de que usted paga por estos gastos, ellos no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de desembolso</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.kp.org o llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711) para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y posiblemente reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de obtener algún servicio.
¿Necesita una referencia para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí, pero usted puede dirigirse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un <u>especialista</u> siempre y cuando usted tenga una <u>referencia</u> antes de visitar al <u>especialista</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro aplican luego de alcanzar su [deducible](#), en caso de que aplique el mismo.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Sin cargo	\$15 por visita, luego 20 % de coaseguro	Ninguna
	Visita a un especialista	\$15 / visita	\$15 por visita, luego 20 % de coaseguro	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección /vacunación	Sin cargo	20 % de coaseguro; no se aplica el deducible .	Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se somete a una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre)	Sin cargo	20 % de coaseguro	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	Sin cargo	20 % de coaseguro	Requiere una autorización previa
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar información adicional sobre la cobertura de medicamentos de receta en www.kp.org/formulary	Medicamentos con base en el valor	\$4 (al detal); \$8 (al detal); \$5 de descuento en el costo compartido al detal (pedido por correo) por medicamento de receta	\$13 (al detal) por medicamento de receta. No se aplica el deducible .	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Los anticonceptivos son sin cargo. Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos genéricos preferidos			
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 (al detal); \$5 de descuento en el costo compartido al detal (pedido por correo) por medicamento de receta	\$30 (al detal) por medicamento de receta; no se aplica el deducible .	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos no preferidos	\$50 (al detal); \$5 de descuento en el costo compartido al detal (pedido por correo) por medicamento de receta	\$55 (al detal) por medicamento de receta; no se aplica el deducible .	Un suministro de 30 días (al detal); un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos especializados	Se aplican costos compartidos por medicamentos genéricos preferidos, medicamentos	Se aplican costos compartidos por medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de	Hasta un suministro de 30 días (al detal). Sujeto a las pautas del formulario , cuando se aprueba mediante un proceso de excepción.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
		de marca preferidos o medicamentos no preferidos.	marca preferidos o medicamentos no preferidos.	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 / visita	\$50 por visita, luego 20 % de coaseguro	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	20 % de coaseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$200 por visita	\$200 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> .	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas si es admitido en el establecimiento de un <u>proveedor fuera de la red</u> ; limitado a una emergencia inicial solamente. Se exonera el <u>copago</u> si es admitido como paciente hospitalizado.
	Traslado por emergencia médica	20 % de <u>coaseguro</u>	20 % de <u>coaseguro</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> .	Ninguna
	Atención de urgencia	Sin cargo	\$15 por visita, luego 20 % de coaseguro	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	Requiere una <u>autorización previa</u>
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	20 % de coaseguro	Requiere una <u>autorización previa</u>
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$15 por visita, luego 20 % de coaseguro	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	Requiere una <u>autorización previa</u>
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$15 por visita, luego 20 % de coaseguro	Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coaseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	20 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre.
	Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento	\$100 por día, hasta \$500 por admisión	\$100 por día hasta \$500 por admisión, luego 20 % de coaseguro	Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los <u>costos compartidos</u> de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes
		Proveedor dentro de la red (Pagará el monto mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el monto máximo)	
				madre.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención a la salud en el hogar	Sin cargo	20 % de coaseguro	Requiere una <u>autorización previa</u>
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión	Pacientes ambulatorios: \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión	En conjunto con los servicios de recuperación de las habilidades. Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> . Los límites se combinan con las <u>redes de proveedores</u> dentro de la red y <u>fuera de la red</u> .
	Servicios de recuperación de las habilidades	Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión	Pacientes ambulatorios: \$15 por visita, luego 20 % de coaseguro Pacientes hospitalizados: \$100 por día hasta \$500 por admisión	En conjunto con los servicios de rehabilitación: Pacientes ambulatorios: Límite de 60 visitas por año. Pacientes hospitalizados: Límite de 60 días por año, requiere una <u>autorización previa</u> . Los límites se combinan con las <u>redes de proveedores</u> dentro de la red y <u>fuera de la red</u> .
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	20 % de coaseguro	Límite de 60 días por año. Los límites se combinan con las <u>redes de proveedores</u> dentro de la red y <u>fuera de la red</u> . Requiere una <u>autorización previa</u>
	Equipo médico duradero	Sin cargo	50 % de coaseguro	Sujeto a las pautas del <u>formulario</u> . Requiere una <u>autorización previa</u>
	Servicios de hospicio	Sin cargo	20 % de coaseguro	Requiere una <u>autorización previa</u>
Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Examen de la vista para niños	No se cobra por los exámenes de refracción	\$15 por visita, luego 20 % de coaseguro	Un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo	Compartido con el beneficio dentro de la red	Miembros de 19 años o más: se limita a \$600 cada 12 meses; miembros menores de 19 años: se limita a un par de marcos y lentes por año o lentes de contacto cubiertos con un 50 % de coaseguro
	Consulta odontológica de rutina para niños	No se ofrece cobertura	No se ofrece cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cirugía estética • Servicios odontológicos (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera privada • Podología de rutina • Programas para perder peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Revise su documento del [plan](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (límite de 20 visitas por año) • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para niños • Atención quiropráctica (20 visitas por año) | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios oftalmológicos de rutina (adultos) |
|---|--|--|

Su derecho a una cobertura continua: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye la compra de una cobertura de seguro individual a través del mercado de [seguro de salud](#). Para más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja sobre su plan por el rechazo de un reclamo. Esta queja se llama reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información detallada sobre cómo presentar un reclamo, apelación o reclamación a su plan por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con las agencias indicadas en el cuadro a continuación.

Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Sí

Por lo general, la Cobertura Esencial Mínima incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por primas](#).

¿Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal por la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del mercado.

Servicios en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) (deducibles, copagos y [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pagaría según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para consultas con un especialista	\$15
■ Copago hospitalario (instalaciones)	\$100
■ Copago para otros servicios (análisis de sangre)	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas a consultorios de especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$120

Control de la diabetes tipo 2 de

Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para consultas con un especialista	\$15
■ Copago hospitalario (instalaciones)	\$100
■ Copago para otros servicios (análisis de sangre)	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos de receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$600

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para consultas con un especialista	\$15
■ Copago hospitalario (instalaciones)	\$100
■ Copago para otros servicios (radiografías)	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coaseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500

El [plan](#) sería responsable de cubrir los costos adicionales de este EJEMPLO de servicios cubiertos.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: **08/01/2025 – 07/31/2026**

Cobertura para: **SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Acuerdo de reembolso de gastos médicos de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny**

El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, comuníquese con su asesor de embarazo y posparto o su asesor de atención al paciente (Patient Care Advocate, PCA) de fertilidad de Progyny al (833) 233-0517.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Individual \$0 Familiar \$0	No hay deducible en sus planes de Progyny.
¿Tengo copago?	No.	No hay copago con sus planes de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny.
¿Tengo coseguro?	No.	No hay coseguro con sus planes de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	No.	No pagará costos de desembolso directo por sus servicios de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios proporcionados conforme al plan son servicios de atención preventiva y no se comparten sus costos.
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No se requiere un deducible para los planes de Acuerdo de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny. Todos los servicios proporcionados conforme al plan son servicios de atención preventiva y no se comparten sus costos.
¿Cuál es el límite de gastos de desembolso directo para este plan?	Individual \$0 / Familiar \$0	No hay límite de gastos de desembolso directo en sus planes de Progyny.

¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	No corresponde.	Los asesores y proveedores de atención de fertilidad y embarazo y posparto de Progyny están todos incluidos en este plan. No hay beneficios disponibles para asesores ajenos a Progyny.
--	-----------------	---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Entre las exclusiones se incluyen los kits de predicción de ovulación para uso en el hogar, los servicios y suministros brindados por un proveedor fuera de la red y los tratamientos que la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva considera experimentales. No se cubren los cargos asociados con servicios para un subrogante gestacional, incluidos, sin limitación, los cargos de los análisis de laboratorio. Si su médico solicita servicios que no se encuentran enumerados en esta guía, comuníquese con su PCA para confirmar la cobertura. Hay determinados servicios que no se encuentran en la cobertura de Progyny. Sin embargo, es probable que se brinden a través de su plan médico.

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura después que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Healthcare.gov: www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596, o el mercado de seguros médicos estatal o SHOP. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, que incluyen comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Sus derechos a quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un problema con su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esto se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de los beneficios que recibirá para dicho [reclamo médico](#). Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener ayuda, visite www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? No corresponde.


La [cobertura mínima esencial](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario de primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimos? No corresponde.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimos](#), usted puede ser elegible para recibir [crédito tributario de primas](#), que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Recursos del plan

Línea de servicio al cliente de beneficios de salud		MAGNACARE™
Telefónica	1-877-606-6705 (de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.)	
Correo electrónico	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com	
Cuenta de beneficios de salud	myseiu.be/magnacare	

Kaiser Permanente de Washington		 KAISER PERMANENTE®
Servicios para nuevos miembros	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
Member Services	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
Servicios de salud mental	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
Línea de ayuda de enfermería	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse
Ayuda con el idioma para los miembros	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-language

Beneficio dental		
Delta Dental	1-800-554-1907	deltadentalwa.com
Willamette Dental	1-855-433-6825	myseiu.be/oe-willamette

Otros beneficios		
EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Prognyn (atención en fertilidad y formación de la familia)	1-833-233-0517	myseiu.be/prognyn

Obtenga apoyo en su idioma

Llame a la línea de servicio al cliente al 1-877-606-6705 o envíe un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com. Un representante que hable su idioma se comunicará con usted y podrá ayudarlo con las preguntas que tenga sobre cómo solicitar y gestionar sus beneficios.

Una vez que se inscriba en la cobertura de atención médica, tendrá a su disposición apoyo con respecto al idioma a través de su plan médico.